

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, arthroscopie en schoonmaken van de knie door een laser
Zaaknummer	: ANO07.393
Zittingsdatum	: 5 december 2007

BINDEND ADVIES

Zaak ANO07.393, Geneeskundige zorg, buitenland, arthroscopie en schoonmaken van de knie door een laser

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. J.H.A. Teulings)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 11 Zvw en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen
verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 2 april 2007 inzake het niet (volledig) vergoeden van een arthroscopie van de rechterknie te Nordhorn (Duitsland) .

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering). Verzoekster heeft ook een aanvullende verzekering bij de zorgverzekeraar.
- 3.2 Bij brief van 2 april 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat op basis van de zorgverzekering slechts € 1.6676,90 vergoed zal worden voor de arthroscopie behandeling te Nordhorn (Duitsland).
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 4 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld bij zijn standpunt te blijven. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar verzoekster kenbaar gemaakt dat het schoonmaken van de knie door een laser niet vergoed zal worden, daar sprake is van experimentele zorg.
- 3.4 Bij brief van 8 mei 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar op te dragen de behandelingen in Duitsland te vergoeden.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6 De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 2 juli 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Bij brief van 4 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen

verzocht om advies als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.

- 3.8 Op 4 oktober 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door beide partijen gebruik gemaakt.
- 3.9 Het College voor zorgverzekeringen heeft op 1 november 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.
- 3.10 Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 5 december 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11 Bij brief van op 7 december 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster is in 2006 overgestapt naar de zorgverzekeraar. Volgens haar is dat gegaan met de mondelinge mededeling dat haar behandelingen vanaf 2001 bij chirurg dokter Lo te Nordhorn (Duitsland) konden doorgaan. Omdat men in Nederland niet meer kon worden gedaan dan alleen nog meer kraakbeen verwijderen, is verzoekster uitgeweken naar genoemde dokter in Duitsland. Volgens verzoekster opereert deze dokter alleen als hij ook de nabehandelingen zelf kan doen.
- 4.2 Verzoekster stelt dat zij tevoren telefonisch contact heeft genomen met de zorgverzekeraar om te vernemen of haar aanvraag voor de operatie was goedgekeurd. In dat telefonisch contact is haar toen van de zijde van de zorgverzekeraar onder vermelding van het desbetreffende machtigingsnummer te kennen gegeven dat de aanvraag was goedgekeurd. Volgens verzoekster wist zij toen nog niet dat de vergoeding maar € 1.676,90 bedroeg, terwijl de werkelijke kosten volgens de overgelegde begroting op ongeveer € 5.000,00 werden beraamd. Verzoekster is op 10 april 2007 geopereerd.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar verwijst naar de toepasselijke voorwaarden en geeft aan dat bij de knieoperatie die verzoekster heeft ondergaan in Nederland de DBC-code 05110018050212 hoort en een gemiddeld tarief heeft van maximaal € 1.676,90. Op grond hiervan komt verzoekster niet in aanmerking voor een hogere vergoeding. Ten aanzien van het schoonmaken van de knie door een laser, geldt dat sprake is van experimentele zorg. De polisvoorwaarden sluiten deze zorg van vergoeding uit.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De aanvullende verzekering blijft in dit kader buiten beschouwing.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1 De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.
Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 7.2 Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg of hulpverleners in dienst van de zorgverzekeraar. Vergoeding van medisch specialistische zorg in het buitenland is geregeld in de artikelen 9.3.1, 10 en 12.4 van de zorgverzekering.

Artikel 9.3.1 bepaalt, voorzover hier van belang, het volgende:

"Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland

De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:

- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar (...) in dat land is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door Zorgverzekeraar (...) gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden".*

In artikel 10 van de zorgverzekering zijn de uitsluitingen opgenomen:

"Er bestaat geen aanspraak op:

- zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden indien en voorzover de verzekerde niet op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, en/of hierbij geen rekening wordt gehouden met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid;*
- zorg of vergoeding van kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg".*

Artikel 12.4 bepaalt, voorzover hier van belang, het volgende:

"Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [naam zorgverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de

gemiddelde tarieven voor 2006, zoals deze voor de betreffende vormen van

zorg zijn overeengekomen tussen Zorgverzekeraar (...) en de betreffende zorgaanbieders.

Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2006, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen Zorgverzekeraar (...) en de betreffende zorgaanbieders:

-(...);

-(...);

-Medisch specialistische zorg (...) die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis."

- 7.3 De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 64 van het Algemene deel van de voorwaarden een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of volgens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens de wet geregelde niet te boven gaan.
- 7.4 Voor de beoordeling van het onderhavige geschil zijn de navolgende wettelijke bepalingen relevant.
Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Het betreft onder andere zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. In artikel 2.1 lid 2 van het Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand der wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 Uit de verklaring van chirurg dokter Lo van 29 maart 2007, blijkt dat hij een "arthroscopie" heeft verricht bij verzoekster. De commissie is van oordeel dat, gelet op de overgelegde stukken, waarin de zorgverzekeraar aangeeft dat verzoekster recht heeft op een vergoeding ter hoogte van € 1.6676,90 voor de behandeling tegen het in Nederland geldende tarief, de beoordeling van de gebruikelijkheid van de zorg niet meer opportuun is. Rest nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding. De commissie heeft vastgesteld dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 05110018050212 ziet op een meniscuslaesie.
- 7.7 De DBC-systematiek heeft als uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Dit is door de zorgverzekeraar verwoord in artikel 1 onder 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin de definitie van de Diagnose Behandel Combinatie staat. Nu alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn inbegrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie ook hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-code aangewezen is.
- 7.8 Ten aanzien van de vraag of het schoonmaken van de knie door een laser, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de

voorwaarden van de zorgverzekering, geldt het volgende.

- 7.9 De commissie sluit in deze aan bij de in de medische wereld gangbare benadering volgens welke het principe van “Evidence Based Medicine” leidend is. Dit is het proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt. Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen en buitenland. Bij de selectie en beoordeling van de op deze wijze gevonden artikelen wordt het niveau van bewijskracht vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- Indien uit tenminste twee “gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken” – wetenschappelijk onderzoek waarvan de objectiviteit gegarandeerd is – van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.
- Indien geen gerandomiseerde studies aangetroffen worden, wordt bewijs van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze evidence van een lagere orde wel voldoende is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling
- 7.10 Gebleken is dat tot op heden hierover geen gerandomiseerde studies zijn gepubliceerd. Ook zijn er geen (nieuwe) standpunten of opvattingen bij buitenlandse zelforganisaties verschenen. De commissie concludeert dat deze vorm van behandeling naar de huidige stand van de wetenschap en de praktijk niet als gebruikelijk kan worden aangemerkt in de (internationale) kring van beroepsgenoten. De vergoeding van deze behandeling is op die grond door de zorgverzekeraar terecht afgewezen.
- 7.11 Resteert nog de vraag of verzoekster zich thans nog kan beroepen op een eerder, dat wil zeggen vóór de operatiedatum, verstrekte mededeling van zorgverzekeraar dat een volledige vergoeding van de werkelijke kosten zou worden gegeven. Voor de beoordeling van die vraag is het volgende van belang.
- 7.12 Bij brief van 29 maart 2007 heeft de behandelend chirurg dokter Lo een aanvraag tot machtiging ingediend, inhoudende - voorzover hier van belang – een meniscus-behandeling met arthroscopie en tevens het schoonmaken van de knie door een laser. Bijgevoegd was een begroting met een raming van de totale behandeling op rond € 5.000,00, met daarbij de mededeling dat de operatie stond

gepland voor 10 april 2007. Zorgverzekeraar heeft hierop gereageerd met een op 2 april 2007 (volgens verzoekster door haar op 13 april ontvangen) schriftelijke machtiging voor de bedoelde arthroscopie, tegen een vergoeding van (max.) € 1.676,90. Alhoewel onder de gegeven omstandigheden een expliciete afwijzing voor wat betreft het schoonmaken van de knie door een laser op de weg van verzekeraar zou hebben gelegen, moet het verzoekster uit de afgegeven schriftelijke machtiging redelijkerwijs duidelijk kunnen zijn geworden dat deze niet het schoonmaken van de knie door een laser omvatte. Het beroep van verzoekster op een eerdere, vóór de operatiedatum gedane, mondelinge toezegging gaat (daargelaten nog dat deze niet zijn bevestiging heeft gevonden in de vereiste schriftelijke machtiging) niet op, en wel alleen reeds niet omdat haar volgens eigen zeggen in bedoeld telefonisch contact het (inderdaad juiste) machtigingsnummer was opgegeven dat vermeld staat op de brief van zorgverzekeraar van 2 april 2007, uit welke zonder meer – als gezegd – viel op te maken dat het schoonmaken van de knie door een laser daarin niet was opgenomen.

7.13 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 januari 2008

Voorzitter